

LA CURE
DE
L'ECTOPIE TESTICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1921

PAR

Jean TRUET

Né à Bazouges-sur-Hédé (Ille-et-Vilaine), le 16 Juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *président*.
GRYNFELT, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdasson

1921

LA CURE
DE
L'ECTOPIE TESTICULAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 77

LA CURE
DE
L'ECTOPIE TESTICULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Avril 1921

PAR

Jean TRUET

Né à Bazouges-sur-Hédy (Ille-et-Vilaine), le 16 Juillet 1889

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	ESTOR, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
	GRYNFELTT, professeur.		
	SOUBEYRAN, agrégé.		
	ETIENNE, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{ MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{ MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.	Accouchements	LAPEYRE.
	RIMBAUD.		DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Chimie	DELMAS (J.)	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. SOUBEYRAN, agrégé
GRYNFELTT, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

EN SOUVENIR DE MON CHER PETIT FRÈRE

CÉLESTIN TRUET

SOLDAT AU 70^e D'INFANTERIE

Tué à l'ennemi aux combats d'Ansimont (Belgique), le 22 Août 1914

à l'âge de 21 ans

À LA MÉMOIRE DE MON VÉNÉRÉ PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

J. TRUET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX DE RENNES

J. TRUET.

LA CURE

DE

L'ECTOPIE TESTICULAIRE

INTRODUCTION

La cure de l'ectopie testiculaire est une intervention qui a suscité un grand nombre de travaux et pour laquelle de nombreux procédés ont été décrits. Cette pluralité de procédés opératoires fait dire sous une forme paradoxale qu'aucun de ces procédés ne doit être bon. Il y a bien quelque chose de vrai.

La grosse question qui se pose est de savoir si on doit pratiquer la fixation chirurgicale du testicule ectopié et comment cette fixation doit-elle être opérée?

En réalité, il y a des cas faciles qui donnent d'excellents résultats avec ou sans fixation, et des cas difficiles qui, quel que soit le procédé employé, donnent des insuccès ou tout au moins des demi-succès.

C'est en 1820 que Koch, de Munich, pratiqua, pour la première fois, l'orchidopexie. Déplorables furent ses résultats opératoires.

Médiocres d'abord, ces résultats, sans atteindre à la perfection, ne cessèrent de s'améliorer.

Nous allons essayer, dans une rapide revue générale, d'indiquer les procédés opératoires les plus caractéristiques.

Nous ne nous occuperons bien entendu que de l'abaissement chirurgical du testicule arrêté, soit dans la traversée du canal, soit immédiatement contre l'orifice profond du canal. Nous laisserons donc de côté les migrations aberrantes.

Quand il s'agit d'une ectopie inguinale, l'abaissement du testicule est une opération toujours utile, souvent indispensable. L'abaissement de la glande a une influence favorable sur son développement ultérieur et peut améliorer la valeur fonctionnelle de la glande. Non seulement le testicule ectopié conserve une valeur importante au point de vue de la fonction de reproduction, mais encore la sécrétion interne de la glande interstitielle tient sous sa dépendance le développement du squelette, les attributs de la virilité, les caractères sexuels et l'instinct génital. Or, l'abaissement du testicule a une influence manifeste sur la glande interstitielle. Kirmisson a publié une observation qui est typique à ce sujet :

« Il s'agit d'un enfant de 14 ans, cryptorchide, très grand pour son âge, à voix grêle, le pubis et les aisselles glabres, la verge rudimentaire et présentant une adiposité marquée : tous les signes d'une insuffisance diastématique. A l'intervention, on trouve deux testicules gros comme des pois qu'on amène aussi bas que possible. Contre toute attente, les glandes se sont admirablement développées et le sujet a subi parallèlement une transformation complète. D'un eunuque on a fait un homme en assurant aux testicules une nutrition meilleure ».

Très fréquemment une hernie coexiste avec une ectopie inguinale. Berger a même écrit que, quand il n'y a pas de hernie cliniquement appréciable, il y a toujours une amorce de hernie.

Au point de vue de l'âge auquel il convient d'intervenir, on peut dire qu'il « faut que la puberté trouve le testicule dans les bourses ». Il faut intervenir plus tôt quand il existe une hernie cliniquement appréciable.

PROCEDES OPERATOIRES

I. — TEMPS INGUINAL

Dans un premier temps dit « temps inguinal », on libère le testicule, on allonge au maximum son pédicule, on traite la hernie. On ouvre largement le canal inguinal en incisant sa paroi antérieure, jusqu'à l'orifice profond. On pratique la destruction des adhérences pathologiques telles que brides fibreuses ou aponévrotiques qui fixent le testicule. On dissèque le canal vagino-péritonéal avec une attention minutieuse. On sépare le cordon du canal déférent et des vaisseaux, en remontant la dissection le plus haut possible. On sectionne même quelques faisceaux crémastériens, et on obtient ainsi en général un allongement suffisant du cordon.

En dernier ressort on pourrait sectionner les éléments vasculaires du cordon, puisque l'anastomose des artères funiculaires, différentielles et spermatique est presque constante. Lucas Championnière, Delbet, Walther, Ombrédanne ont pratiqué cette section sans que les testicules de leurs opérés se soient nécrosés.

II. — TEMPS SCROTAL

Dans le deuxième temps, dit « temps scrotal », il faut loger le testicule dans les bourses et s'opposer à ce qu'il remonte.

« Le cordon que l'on a déroulé a, dès que l'on cesse de tirer sur lui, une tendance naturelle à reprendre son enroulement primitif et, comme il représente une longue tige cruentée, il s'établit peu à peu une cicatrice rétractile qui le replie de nouveau et attire le testicule vers le haut » (Souligoux).

Il faut ajouter à cette raison indiquée par Souligoux, que l'hémiscrotum étant atrophié, on peut sans doute aisément y creuser une cavité en effondrant le tissu cellulaire, mais ce scrotum aura toujours tendance à reprendre sa capacité primitive, s'efforçant ainsi d'expulser ce corps étranger qu'est pour lui le testicule.

D'où deux grandes séries de procédés : les procédés sans orchidopexie et les procédés avec orchidopexie.

1° *Procédés sans orchidopexie*

Il est inexact de dire, ainsi qu'on le trouve dans beaucoup de traités classiques, qu'un testicule non fixé ne tient jamais. Il y a des cas favorables où ces testicules restent en place tout aussi bien qu'avec le mode de fixation le plus ingénieux. Cependant, nous croyons qu'il y a là des cas d'espèces, et qu'on ne peut pas dire qu'on ne doit jamais fixer le testicule.

Pour Broca, sur 79 opérés, il y a 31 succès, 13 atrophies, 39 cas où le testicule est remonté.

Pour Riessel, sur 79 opérés, le testicule est au fond des bourses dans 51 cas, à la partie moyenne dans 17 cas.

D'après la thèse de Fotiadès, Kirmisson compte 9 résultats bons sur 11 opérés.

D'après lui-même (communication au Congrès de Chirurgie de 1906), sur 40 opérés revus, il y a 10 récidives, 16 résultats bons, 10 résultats médiocres.

2° Procédés avec orchidopexie

a) FIXATION AU SCROTUM. — On commence par créer une loge aux dimensions suffisantes dans la bourse jusqu'alors inoccupée. On place deux ou trois points de catgut, ou de fil de soie qui perforent l'albuginée et la paroi scrotale. C'est en somme la reproduction de ce qui existe normalement puisque le testicule à l'état normal est fixé au scrotum.

A l'heure actuelle, on ne se sert en général de ce procédé que comme complément d'une fixation plus efficace.

b) FIXATION AU TESTICULE OPPOSÉ. — Le procédé que nous venons de décrire a donné des résultats bien médiocres, aussi beaucoup de chirurgiens ont-ils essayé de fixer l'organe au testicule opposé. Ici plusieurs procédés sont à envisager :

Procédé de M. Villemin. — On sectionne la cloison où l'on pratique une incision de dimensions suffisamment réduites pour que le testicule ne quitte pas sa loge. Puis il « traverse la vaginale et l'albuginée seules, autant que possible sans prendre de tissu glandulaire, par deux fils de soie. Ceux-ci sont à leur tour passés de la même manière sous les enveloppes du testicule ectopique qu'un aide s'efforce de faire descendre de son mieux, et les deux fils sont noués ».

Ce procédé a été légèrement modifié par Gersuny qui pratique en outre la suture du cordon au périoste pubien.

Procédé de Mauclaire. — L'idée directrice de ce chirurgien a été de greffer les deux glandes pour assurer au tes-

ticule ectopique une circulation nouvelle. Pour cela il ouvre naturellement la cloison des bourses et la vaginale saine. Ensuite, il dissèque un lambeau en forme de losange de l'albuginée sur l'un et l'autre testicule, puis affronte et suture avec soin les deux surfaces ainsi avivées. Ensuite il pratique la confection d'une synoviale commune pour les deux testicules, et il fixe cette synoviale par quelques points de catgut à la face profonde du scrotum sur la ligne médiane.

Ces procédés ont, nous semble-t-il, les inconvénients suivants : ils exposent le testicule sain à l'infection et à la formation d'un tissu cicatriciel susceptible d'étouffer par sa prolifération, les éléments nobles du parenchyme glandulaire.

c) FIXATION A POINT D'APPUI EN DEHORS DES BOURSES. —

Il y a d'abord les procédés à traction élastique, que nous ne ferons que signaler car ils sont très abandonnés maintenant. C'est ainsi que Tuffier fixe au genou du malade un fil de traction qui, perforant le scrotum passe à travers les éléments du cordon ; Longard passe sept fils à travers la vaginale et l'albuginée, leur fait traverser le scrotum et les fixe avec du diachylon à la peau de la cuisse, etc.

Katzenstein dissèque un lambeau arrondi sur la peau de la face interne de la cuisse. Le scrotum est incisé. Le testicule suturé aux lèvres de cette incision. Le lambeau crucial vient fermer l'incision scrotale. Le pédicule qui unit ce lambeau à la cuisse n'est sectionné que longtemps après l'intervention, lorsque la tension du cordon diminue et montre que l'abaissement est définitif.

Dans un même ordre d'idées c'est-à-dire de fixation du testicule à la peau de la cuisse et du périnée, nous citerons encore le procédé de Nicoladoni : celui-ci incise la face pos-

térieure du scrotum et suture, à travers cette incision le testicule à la peau du périnée.

Le passage des fils présente de gros inconvénients pour la vitalité de la glande, et, étant donné la difficulté des pansements aseptiques dans cette région, les chances d'infection sont très considérables.

d) PROCÉDÉS S'ADRESSANT AU CORDON. — Kirmisson « fait tout autour du cordon une suture solide qui le transforme en une tige rigide, maintenant le testicule aussi écarté que possible de l'orifice externe du canal inguinal ». Il détruit donc tous les obstacles s'opposant à la descente tout en respectant les vaisseaux, puis « il réunit tout autour du cordon et sur la plus grande hauteur possible, tous les tissus fibreux qui proviennent de la dissection ». C'est en somme une « attelle fibreuse » qui est ainsi constituée.

Felizet étrangle le cordon en plaçant un fil d'or au niveau de l'orifice externe du canal inguinal: « le cordon devient turgescent, les veinosités bleues se dessinent; le soir le testicule se tuméfie et devient douloureux; chaque jour, il descend, et vers le quatrième jour, il atteint la loge qu'on lui a préparée au fond des bourses. Le cordon reste dur pendant longtemps. Il constitue une sorte de cylindre épais suspendu à l'orifice externe et pesant sur le testicule comme un cachet ».

Souligoux décrit le procédé suivant au Congrès de chirurgie en 1906: « Il place de chaque côté du cordon deux fils de catgut qui passent: 1° en dedans, à travers les débris cellulaires internes du cordon et les tissus fibreux (tendons, périoste) qui recouvrent le pubis; 2° en dehors, à travers l'aponévrose des adducteurs, les fibres externes et les débris cellulaires externes du cordon ». Ensuite, on place une série de fils étagés qui cheminent sous la peau

du scrotum et passent à travers les débris celluloux de la portion terminale du cordon « de façon à faire de l'appareil testiculaire et scrotal, un tout qui se meut ensemble ».

e) PROCÉDÉ DE WALTHER. — Nous ne pouvons mieux faire, que de donner la technique, telle que ce chirurgien l'a lui-même décrite à l'Académie de médecine en février 1912 :

» 1° *Incision cutanée.* — Doit remonter sur le canal inguinal et descendre sur le scrotum à deux travers de doigt au-dessous de la racine des bourses.

» 2° *Incision du canal inguinal.* — On incise la paroi antérieure au bistouri sur une hauteur suffisante pour mettre à découvert le canal tout entier.

» 3° *Libération du cordon.* — Il faut pousser la libération jusque dans l'abdomen en décollant le péritoine, d'une part le long des vaisseaux spermatiques, d'autre part le long du canal déférent. Quand l'ectopie est accompagnée de hernie, il semble bon de couper le conduit vagino-péritonéal de façon à garder à son extrémité inférieure une poche capable de recouvrir le testicule.

» Le paquet vasculaire antérieur s'oppose encore à la descente du testicule. On arrive à triompher de cet obstacle par des tractions douces, au besoin par des incisions superficielles étagées tous les 2 ou 3 centimètres à la surface du paquet veineux, incisions qui divisent simplement la mince lame fibreuse rétractée et trop courte, épaissie par places, qui engaine ces veines. Si ces manœuvres ne suffisent pas, il faut sacrifier d'abord quelques-unes des veines les plus superficielles, et d'ordinaire ce qui reste des veines profondes se laisse allonger. Rarement on sera conduit à

sectionner presque complètement tout le paquet vasculaire antérieur.

» 4° *Cure radicale de la hernie.* — Procédés ordinaires.

» 5° *Effondrement du tissu cellulaire des bourses et incision de la cloison.* — Le tissu cellulaire est effondré avec les doigts dans la moitié vide du scrotum, le plus loin possible jusqu'à la partie inférieure de la cloison, au niveau du raphé des bourses. Puis on procède à l'incision de la cloison ainsi bien mise à découvert. Cette incision doit être faite un peu bas. L'incision doit être conduite avec précaution jusqu'à ce que le testicule sain apparaisse recouvert d'une membrane très mince.

» 6° *Passage du testicule ectopié à travers la boutonnière de la cloison et suture de la boutonnière.* — Les pinces appliquées aux lèvres de la boutonnière, attirant celles-ci en haut, le testicule est refoulé avec le doigt à travers cette boutonnière. Une fois placé, il tend à s'échapper par l'orifice. On place donc immédiatement, au-dessus et au-dessous du cordon, des fils de catgut, pour rétrécir l'orifice et fixer le testicule dans sa nouvelle position. Il ne faut pas que la constriction du cordon soit trop grande, car elle gênerait la circulation.

» 7° *Suture de la peau.* — Immédiatement après l'opération, le scrotum déformé par suite de la déviation du raphé médian, déjeté du côté opéré, et par deux saillies qui occupent la bourse saine, qui ne sont autres que celles des deux testicules logés maintenant d'un seul côté du scrotum. De ces deux saillies, l'une est inférieure, l'autre est supérieure; l'inférieure est constituée par le testicule ectopié qui vient toujours se placer au-dessous du testicule

normal. Cette disposition est constante; elle met en évidence le bon résultat de l'opération ».

Les résultats seraient parfaits et Monod, à propos de ce procédé a pu écrire: « Dans tous les cas, le testicule est au fond des bourses au-dessous du testicule normal, mobile, non douloureux. La paroi est solidement fermée, la hernie est guérie ».

f) PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE. — Le principe d'Ombrédanne est le même que celui de Walther. Le procédé seul diffère un peu. Une fois le testicule libéré et le cordon déroulé, Ombrédanne passe une anse de catgut dans le fond de la vaginale testiculaire et le canal vagino-péritonéal du côté opposé au canal déférent et à la hauteur du pôle supérieur du testicule. Cette anse n'est pas liée.

« Deux pinces de Kocher saisissent le raphé médian du scrotum, l'un sous la verge, l'autre au point déclive et servent à repérer ce raphé..., l'opérateur engage son index gauche dans l'angle inférieur de la plaie, et lentement sans violence se creuse un chemin vers le fond de la bourse du côté correspondant à l'opération.

» Lorsque le doigt a atteint le fond du scrotum, il change de direction et s'appuyant à la cloison médiane des bourses, refoule celle-ci vers la partie latérale du scrotum, du côté opposé à l'opération.

» Alors, sur le flanc du scrotum ainsi refoulé par l'index, le bistouri attaque une incision verticale haute de 2 centimètres 5 à 3 centimètres. Sous la poussée de l'index, on voit apparaître la cloison des bourses toute blanche, lorsque le scrotum est bien divisé. A ce moment, on repère en haut et en bas avec deux pinces de Kocher le dôme saillant qui forme la cloison refoulée par le doigt. Puis, à son tour, on incise cette cloison verticalement d'une pince repère à l'au-

tre. Lorsque la cloison est incisée, l'extrémité de l'index se dégage ayant accompli la traversée transversale.

» On place sur l'extrémité de l'index une pince fermée, le doigt se retire lentement, toujours en contact avec la pince. Lorsque la pince est apparue au niveau de l'incision inguinale, on lui confie les deux extrémités de l'anse de catgut dont on a muni le testicule. On attire celui-ci au dehors, à travers la boutonnière de la cloison.

» On suture la cloison, on retire l'anse de traction. Il ne reste plus qu'à refermer la plaie scrotale sur le testicule ».

Comme M. Walther, M. Ombrédanne fournit des statistiques excellentes. Ceci prouve que la méthode qui consiste à reposer le testicule ectopique dans l'hémi-scrotum sain, est la meilleure méthode.

La technique d'Ombrédanne paraît donner des résultats particulièrement brillants dans la cure de l'ectopie double.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Service de M. le Professeur Estor)

J. N..., 10 ans, entre dans le service de M. le professeur Estor, le 28 janvier 1920. Il entre pour se faire opérer d'une hernie, mais à l'examen, on constate que la bourse gauche est vide. Un peu au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal, on perçoit très nettement une masse ovoïde, lisse, qui est le testicule et dont la pression provoque une douleur.

Le 5 février, intervention sous anesthésie générale. On découvre le testicule qui apparaît sain et normal. Le cordon est déroulé sans qu'il soit utile de provoquer la section des vaisseaux. Le tractus vagino-péritonéal est réséqué et lié.

On pratique un effondrement dans le tissu cellulaire sous-cutané de la bourse, et on y place le testicule sans autre procédé de fixation.

Réunion *per primam*. Le malade quitte le service et est revu par l'interne de service deux mois après. Le testicule est toujours placé dans sa bourse correspondante; il est mobile et non douloureux.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur Estor)

J. V..., 6 ans, entre au service le 12 février pour phimosis et incontinence d'urine consécutive. A l'examen, on constate que la bourse gauche est vide, tandis que le testicule correspondant est perçu à l'orifice externe du canal inguinal. On décide la famille à faire pratiquer l'intervention, et, le 14 février, sous anesthésie générale, on va à la recherche du testicule qui est trouvé normal tant par sa forme que par sa consistance.

On déroule le cordon et on abaisse sans grandes difficultés le testicule. On effondre le tissu cellulaire sous-cutané de la bourse gauche et on y loge le testicule.

Les suites furent excellentes et quinze jours après le testicule était toujours normalement placé et non douloureux.

Réflexions. — Voici deux exemples d'ectopies testiculaires traitées sans orchidopexie. Les résultats furent excellents, mais il faut reconnaître qu'il s'agissait de cas faciles, et qu'on ne peut tirer de ces deux brillantes observations une règle de conduite immuable.

OBSERVATION III

(Procédé Walther)

G. F..., 12 ans, entre le 29 juillet 1920, dans le service de M. le docteur Juge à l'Hôpital de la Conception, à Marseille. Il se plaint de ressentir, à l'occasion du moindre effort, une douleur très spéciale dans l'aîne gauche.

La bourse gauche est vide et légèrement rétractée. Le trajet inguinal des deux côtés présente une tumeur, qui est à droite parfaitement réductible. Il n'en est pas de même à gauche et la palpation permet de discerner une hernie réductible et une masse ovoïde qui présente tous les caractères du testicule, qui est d'ailleurs mobilisable.

Le 1^{er} août, l'opération est pratiquée sous anesthésie générale au chloroforme. On fait d'abord une cure radicale à droite, puis on divise la paroi antérieure du canal inguinal à gauche et on découvre le testicule d'aspect normal, entouré d'une vaginale qui est reliée par un tractus fibreux au péritoine herniaire. On incise ce tractus, puis le sac est incisé, disséqué minutieusement, car il adhère très intimement aux éléments du cordon. On le lie et on le résèque. On libère non sans difficultés le cordon, et on parvient à obtenir un allongement suffisant. On pratique alors avec soin une boutonnière dans la cloison, et on place le testicule dans la bourse droite. On met ensuite trois points de catgut qui rétrécissent cette boutonnière. On referme ensuite par les procédés ordinaires.

Les suites furent excellentes. Les agrafes furent enlevées le huitième jour. Quand le malade sortit de l'hôpital, le testicule droit est nettement au fond de la bourse, mobile et non douloureux.

OBSERVATION IV

(Procédé Walther)

R. M., 4 ans, entre le 10-février 1912 dans la clinique de M. le docteur Juge.

La bourse droite est inhabitée et atrophiée. Le trajet inguinal présente une saillie qu'on trouve, au palper, constituée par une hernie oblique externe réductible, et par

une petite tumeur lisse ovoïde, présentant la sensibilité spéciale au testicule, fixée au milieu du trajet inguinal et non mobilisable.

Le jeune malade est opéré le 14 février, sous anesthésie générale au chloroforme. Le canal inguinal est largement ouvert en incisant l'aponévrose du grand oblique. Au milieu de cette incision, on trouve un testicule enveloppé d'une vaginale qui communique largement avec le sac herniaire. Le sac est sectionné au niveau du pôle supérieur du testicule et il est séparé des éléments du cordon auxquels il adhère, puis il est lié au niveau de l'orifice interne du canal et réséqué.

Le cordon est bien isolé, puis grâce à quelques tractions douces, on parvient à l'allonger suffisamment.

On pratique très soigneusement une boutonnière dans la cloison et le testicule est placé dans la bourse opposée. On suture la cloison par deux points de catgut.

Quand le malade sort de la clinique le 28 février, le testicule est au-dessous de l'autre, bien mobile et non douloureux.

Ce malade a été revu deux mois après, puis deux ans après, puis enfin maintenant, le 15 décembre 1920. Les résultats opératoires sont vraiment excellents. Le testicule est parfaitement resté à la place qui lui était assignée. Il n'est pas douloureux et paraît avoir une forme, une consistance et une mobilité normales.

.....OBSERVATION V

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Juge)

X..., 8 ans, entre à la clinique de M. le docteur Juge le 10 janvier 1912.

La bourse gauche est vide et rétractée. En palpant le trajet inguinal, on ne peut pas percevoir la tumeur testiculaire, mais quand on arrive à l'orifice profond, on devine le testicule, et par la pression on détermine la sensibilité testiculaire. Normalement d'ailleurs, il n'y a aucun phénomène douloureux. Le 16 janvier, sous anesthésie générale, on pratique l'intervention. On ouvre largement le canal inguinal et contre l'orifice profond, on trouve le testicule qui semble normal et qu'on attire sans grande difficulté à l'extérieur. On tire sur le cordon et on abaisse le testicule. Pour cela on sectionne quelques brides fibreuses.

On pratique une boutonnière dans la cloison, on fixe dans la bourse opposée le testicule. On reconstitue ensuite la paroi abdominale.

Au mois de février, le petit malade a quitté le service. Revu par la suite, on put constater que les résultats opératoires furent excellents. Le testicule est resté dans la bourse où on l'avait placé; il est mobile, ferme et non douloureux.

OBSERVATION VI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Juge)

X..., 11 ans, entre à la clinique de M. le docteur Juge, le 28 novembre 1920. La bourse gauche est vide, ratatinée et atrophique. On perçoit une masse ovoïde au-dessus de l'orifice externe du canal inguinal. La pression de cette masse est douloureuse.

Le 30 novembre, on pratique l'intervention sous anesthésie générale. On divise la paroi antérieure et on découvre le testicule. Celui-ci apparaît normal d'aspect, et de consistance. Il est assez libre. On déroule le cordon. Cet

allongement est assez facile et ne nécessite pas le sacrifice des vaisseaux. On poursuit cette libération jusqu'au delà de l'orifice interne. On résèque le tractus vagino-péritonéal et on le lie.

On abaisse alors le testicule. On pratique une boutonnière dans la cloison interscrotale, et on engage le testicule dans cette boutonnière, pour le faire passer dans la bourse opposée. On met deux points de suture et on reconstitue la cloison.

Les résultats furent excellents et quand le 17 décembre le malade sortit de la clinique, le testicule gauche était bien placé, ferme et non douloureux.

CONCLUSIONS

I. — C'est avant la puberté qu'il convient d'opérer tout enfant ectopique. La coexistence d'une hernie commande l'intervention plus précoce, c'est-à-dire vers 4 ans, dès que l'enfant est propre.

II. — Les cas faciles peuvent se passer d'orchidopexie. Il est inexact de dire « que tout testicule non fixé remonte infailliblement ».

III. — Parmi les nombreux procédés de fixation, celui de M. Walther paraît être le plus sûr et le meilleur.

IV. — Dans les cas d'ectopie bilatérale, la modification apportée par Ombrédanne au procédé de Walther, paraît être avantageuse.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Congrès français de chirurgie, 1906.
- BAUDET. — Congrès français de chirurgie, 1906.
- BAZY. — *Bulletin et mémoires de la Société de chir.*, 1902.
- BEULE. — *Annales de la Soc. belge de chirurgie*, nov. 1906.
- BERGER. — *Revue générale de clinique et de thérap.*, 1908.
- BERNIS. — Traitement de l'ectopie testiculaire. *Thèse de Paris*, 1894-95.
- BEVAU. — *Journal of Americ. Med. Assoc.*, 1899.
- BEZANÇON. — Etude sur l'ectopie testiculaire. *Thèse de Paris*, 1892.
- BOUSQUET. — Congrès français de chirurgie, 1906.
- BRAULT. — *Gazette des hôpitaux*, 1910.
- BROCA. — *Gazette des hôpitaux*, 1899.
— *Bulletin de la Soc. de pédiatrie*, 1899.
— *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1902.
- CARLIER. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1902.
- COLLEY (W.). — *Annals of surgery*, 1908.
- COLLÈS. — *Thèse de Lille*, 1902.
- COUDRAY. — Société de méd. de Paris, 13 mars 1908.
— Congrès français de chirurgie, 1906.
- DELAGENTIÈRE. — Congrès français de chir., 1906.
- DELBET. — *Bulletin et mém. de la Soc. de chir.*, 1902.
— *Journal des praticiens*, 1910.
- DEPAGE. — Congrès franç. de chir., 1906.

- DUCHESNE. — *Thèse de Paris*, 1889-1890.
- DUMENIL. — *Thèse de Paris*, 1905.
- ESPINASSE. — *Thèse de Bordeaux*, 1905-1906.
- FELIZET. — *Journal d'anat. et de physiologie*, 1898.
- *Bulletin et mémoires de la Soc. de chir.*, 1893.
- FORGUE. — *Presse médicale*, 1906.
- FOTIADÈS. — *Thèse de Paris*, 1900-1901.
- GÉRARD-MARCHAND. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1890.
- GIRARD. — *Congrès français de chir.*, 1906.
- GODARD. — *Mémoires de la Soc. de biologie*, 1856.
- GORSE. — *Soc. de médecine du département du Nord*, 1912.
- HERMÈS. — *Congrès de la Soc. allemande de chir.*, 1904.
- HALLUIN (D'). — *Thèse de Paris*, 1912.
- IMBERT. — *Notes sur la cure radicale de l'ectopie testiculaire. Montpellier médical*, 1902.
- JALAGUIER. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1889.
- *Semaine médicale*, 1889.
- KATZENSTEIN. — *Berliner Klin. Wochensch.*, 1905.
- KETTLEY. — *The Lancet*, juillet 1905.
- KERVILY et BRAUCA. — *Comptes rendus de la Société de biologie*, 5 juillet 1912.
- KIRMISSON. — *Traité des maladies chirurgicales*.
- *Précis de chirurgie infantile*.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1901, 1902, 1912.
- *Congrès français de chirurgie*, 1906.
- *Journal des praticiens*, 1911.
- LE FORT. — *Archives générales de chirurgie*.
- *Echo médical du Nord*, 1911.
- LEGUEU. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique*.
- LE JOLY-SENOVILLE. — *Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire. Th. de Paris*, 1881.
- LENTHREAU. — *Traitement chirurg. de l'ectopie testicul. chez l'enfant. Thèse de Paris*, 1905-1906.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cure radicale des hernies, 1892.

— *Bull. de la Soc. de chir.*, 1887, 1889, 1900, 1902.

MALDÈS. — *Thèse de Montpellier*, 1906.

MAUCLAIRE. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, sept. 1902.

MONOD. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1890.

— *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1912.

— et TERRILLON. — Traitement des maladies du testicule, 1889.

— La castration dans l'ectopie inguinale. *Arch. gén. de méd.*, 1880.

MOTY. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1902.

— Société de méd. militaire française, 18 avril 1912.

NÉLATON et OMBRÉDANNE. — Du passage transpubien du cordon dans la cure des hernies inguinales et l'orchidopexie. In *Presse médicale*, 1907.

OMBRÉDANNE. — Indications et technique de l'orchidopexie transcrétale. *Presse médicale*, 1910.

PERROT. — *Thèse Montpellier*, 1908-1909.

POZZI. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, juillet 1887.

QUÉNU. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1902.

RICHELOT. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890.

ROCHER. — Soc. anatom. et physiol. de Bordeaux, 15 janvier 1906.

ROUTIER. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1889.

SÉBILLEAU. — *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet.

SEGOND. — *Bulletin de la Soc. de chir.*, 1889.

SOULGOUX. — Congrès français de chir., 1906.

TUFFIER. — *Gazette des hôpitaux*, 1890.

VIELLE. — *Thèse de Bordeaux*, 1910.

VILLEMIN. — *Annales de méd. et de chir. infantiles*.

— *Revue internationale de méd. et de chir.*, 1909.

- WALTHER. — *Bulletin de la Soc. de pædiatrie*, mars 1899.
— *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1901, 1903, 1904,
1907, 1908.
— Congrès français de chirurgie, 1906.
— Académie de médecine, 1912.
WITZEL. — *Münch. Med. Wochens.*, 1905.
-



